

KVALITET, KVALITETSMÅL OG KVALITETSINDIKATORER I PSYKISK HELSEVERN

Jan Olav Johannessen

E' dorr någen så bler go'e?

Politiker, ca 1984 (2007?)

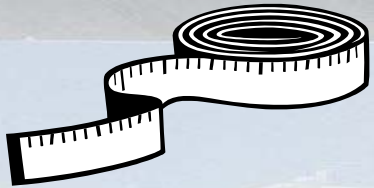
Er det lurt av psykisk helsevern/psykiatrien å be om å få slippe å bli målt?

- Er det slik at andre heller ikke måler oss da?
- Er det slik at psykiatrien ikke er "målbar"
- Hvordan skal vi da få innflytelse på hva som måles?

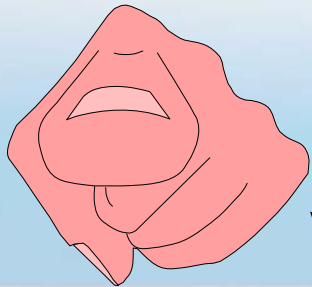
Behandlingsresultat Outcome Helbredet Relapse
Remisjon
Tilbakefall
Sykdomsstart Forventning Recovery Utfall
Forløp Cured Tilstand

Quale = hvilken = egenskaper ved den enkelte = kvalitet

Quante = mange = kvantitet



Kvalitetsmål: Beskriver, så nøyaktig som mulig, egenskaper ved tilstander/grupper av tilstander, individer osv.



Kvalitetsindikatorer: Beskriver, på en forenklet/grovere måte, et representativt utsnitt av typiske egenskaper eller egenskaper ved et typisk utsnitt av en gruppe

Indicis = pekefinger

Situasjonen for psykisk helsevern fram til i dag:

Gammeldagse (ufullstendige) "kvalitets"-mål,
hentet fra industrien*

- liggetid (kort er "bra"?!)
- antall innleggelser (høyt tall er bra!)
- antall konsultasjoner (høyt tall er bra!)
- etc.

→ god omtale hvis du har mange
svingdørspasienter...

*Kort liggetid, mange innleggelser \approx høy effektivitet og høy produktivitet

Kvaliteten på helsetjenestene kan defineres langs tre dimensjoner:

- **pasientkvalitet (opplevd)**
- **faglig kvalitet (behandlingsresultat)**
- **administrativ kvalitet (kostnad/nytte)**

Schizofreni:

**Hvis de blir friske, var det ikke
schizofreni**

("jeg lovet deg aldri en rosenhage")

Upresise kriterier

Virker inn på nøyaktighet i forhold til å
"spå" eller "antydde" forløp

Vide kriterier: det samme

Smale kriterier: det samme

Presise kriterier, presise begreper,

Etterprøvbare kriterier, etterprøvbare begreper

- felles forståelse/språk

a. **Fagfolk** (= klinisk kvalitet, kvalitetsindikator)
Hvordan går det med "mine", "våre" pasienter?

b. **Forskning**

c. **Oppdragsgiver = politiker**

(kostnad-nytte)

Kvalitetsmål/resultatmål

Kommunikativ verdi:

Pasienter/pårørende (prognose)

Behandlingsresultat kan måles på ulike dimensjoner:

- GAF**
- Symptom (S)
 - Funksjon (F)
 - sosial
 - symptomer
- Strauss-Carpenter**
- yrke
 - venner
 - total

Quality of life, QoL

- PANSS**
- neg.
 - pos.
 - (disorganised)
 - generelle

BPRS/SANS/SAPS

etc

I det følgende:

**Remisjon (tilfriskning) ved schizofreni som
eksempel på kvalitetsmål for behandlingsresultat**

Definisjoner - Remisjon (tilfriskning)

- * " I remisjon " har inntil nå, i medisinsk dagligtale, betydd: I bedring, dvs. sykdomsprosessen er i tilbakegang.
- * Behov for mer presise, konsensusbaserte, definisjoner
- * The new Oxford dictionary of English:
 - " a diminution of the seriousness or intensity of disease or pain; a temporary recovery".

Sykdomsstart ~ Remisjon*

= to sider av samme sak

= "inverse størrelser"

(* Remisjon = sende tilbake)

Remission in Schizophrenia Process

Global Expert Working Group

Nancy Andreasen, MD, PhD

University of Iowa Hospitals and
Clinics, Iowa City, Iowa

Will Carpenter, MD

Maryland Psychiatric Research
Center, Baltimore, Maryland

John Kane, MD

The Zucker Hillside Hospital,
Glen Oaks, New York

Steve Marder, MD

UCLA Neuropsychiatric Institute,
Los Angeles, California

Daniel Weinberger, MD

National Institute of Mental Health,
Bethesda, Maryland

Thomas Burns, MD

Roberto Cavallaro, MD, PhD

Stefan Leucht, MD

Bernard Lachaux, MD

Miquel Bernardo, MD

Celso Arango, MD

Lars Helldin, MD

**Wolfgang Fleischhacker,
MD**

Jim van Os, MD, PhD

Joseph Peuskens, MD, PhD

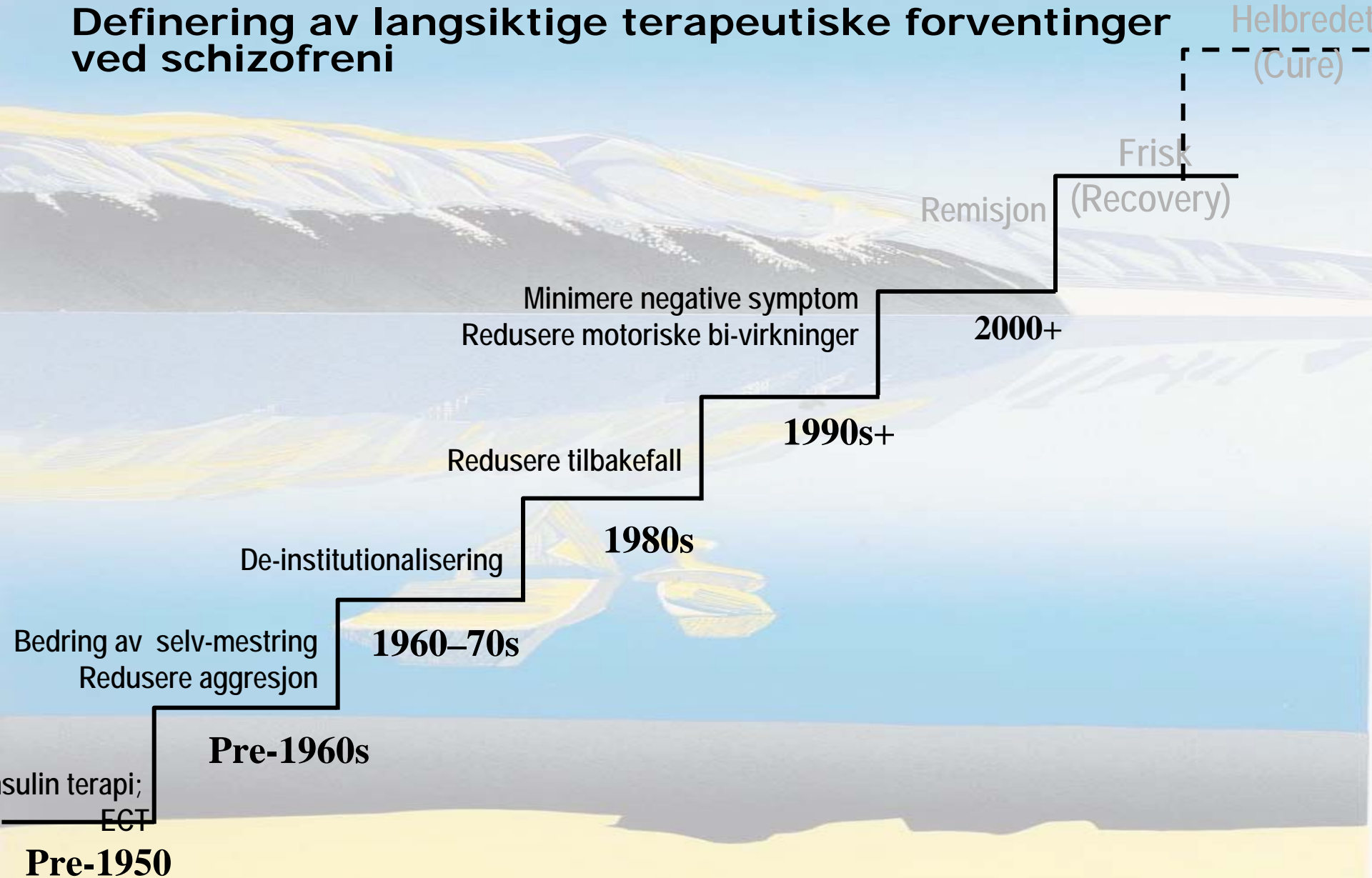
Hvorfor kriterier for remisjon ved Schizofreni ?

- **Forbedring i farmakologiske, psykoterapeutiske, rehabiliterings- og behandlingsmuligheter.**
 - Remisjon er realistisk og oppnåelig.
- **Våre forventninger til resultatet av behandlingen for pasienten er økende.**
 - Ikke bare "krisehåndtering" men bedre behandlingsresultat"
 - Pasienter i remisjon har mest nytte av psykososiale tiltak. Remisjon er nødvendig for funksjonell behandling/helbredelse.
 - Å bare sikte seg inn mot "bedring" (response) (20% reduksjon i PANSS er ikke nok).

Definisjon av remisjon ved schizofreni: Søke lærdom fra andre psykiske lidelser

- **Følgende kriterier**
 - Være et oppnåelig klinisk mål
 - Være lett/praktisk målbart
 - Relatere seg til de viktigste diagnostiske kriteriene ved lidelsen
 - Inneholde en tidskomponent (vedlikeholdt effekt) (maintenance of effect)

Definering av langsiktige terapeutiske forventninger ved schizofreni



Trinn til normalitet ved schizofreni

Helbredet (Cure): Ingen symptomer, ingen tilbakefall, lang varighet, ingen behandling

Frisk (Recovery) : lang remisjon, ingen symptomer, forbedring i fungering, kognisjon & QoL

Tilfrisknet (Remission): alle diagnostiske symptomer lave nok, slik at de ikke innvirker på fungering i 6 mnd.

Symptomopløsning (Resolution) : alle diagnostiske symptomer lave nok, slik at de ikke innvirker på fungering.

Bedring (Response) : symptomreduksjon

Arbeidsgruppen:

Grunnleggende kriterier for remisjon: symptomer

DSM-IV	PANSS	BPRS	SAPS
Delusions	Delusions (P1)	Grandiosity (8) Suspiciousness (11)	Delusions (GR 20)
	Unusual thought content (G9)	Unusual thought content (15)	
Hallucinations	Hallucinatory behavior (P3)	Hallucinatory behavior (12)	Hallucinations (GR 7)
Disorganized speech	Conceptual disorganization (P2)	Conceptual disorganization (4)	Positive Formal Thought Disorder (GR 34)
Grossly disorganized or catatonic behavior	Mannerisms/posturing (G5)	Mannerisms/posturing (7)	Bizarre Behavior (GR 25)
Negative symptoms	Blunted affect (N1)	Blunted affect (16)	SANS Affective Flattening (GR 7)
	Social withdrawal (N4)	NRS	Avolition-Apathy (GR 17) Anhedonia-Asociality (GR 22)
	Lack of spontaneity (N6)	NRS	Alogia (GR 13)

(Item Number); NRS = no clear related symptom; GR = Global rating

Remisjonskriterier ved schizofreni

Når pasienten scores:

...for alle 8 symptom;

- P1 Vrangforestillinger
- P2 Tankemessig desorganisering
- P3 Hallusinatorisk atferd
- G5 Unaturlig, maniert notorisk atferd og kroppsholding
- G9 Uvanlig tankeinnhold
- N1 Affekt-Matthet
- N4 Passiv/apatisk sosial tilbaketrekn.
- N6 Mangel på spontanitet/ledighet i samtale
-

• På PANSS skala;

mild eller mindre



•Tidskriterium; varighet minst 6 måneder

TIPS-definisjon

Remisjonsfase: når pasienten ikke lenger er aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr oppførsel.

Pasienten må ikke skåre 4 eller høyere på noen av de følgende PANSS-symptomer:

P1 (Vrangforestillinger)

P3 (Hallusinatorisk atferd)

P5 (Storhetsideer)

P6 (Mistenksomhet)

A9 (Uvanlig tankeinnhold)

Remisjon forutsetter at **varigheten** av en slik ikke-psykotisk periode er minst en uke (to måneder= stabil remisjon)

Konklusjon del B

- Det finnes nå omforente, enkle og praktiske remisjonskriterier.
- Presise remisjonskriterier er nyttige for både klinikere, pasient, pårørende, forskere og ledere i psykisk helsevern.
- Å bruke remisjon som resultatmål vil høyne vår resultatbevissthet, og forventninger til behandlingen.
- Ved alvorlige psykiske lidelser som psykoselidelser, må langtids-behandlingsresultat, målt f eks ved andelen som oppnår remisjon, være vårt viktigste kvalitetsmål.

C. Kvalitetsindikatorer

Trafikkontroll i Afrika



Kilde: "Johannes Kolnes"

Hvordan få en god idé om matkvalitet på en restaurant?



Vanligste dimensjoner i kvalitetsverdenen

Pasientkvalitet

Faglig kvalitet

Adm. kvalitet

System

Struktur

Resultat

Struktur*

Prosess

Resultat

* Donabedian's kvalitetstriade

Struktur = Korridorpasienter

Prosess = Epikrisetid

**Resultat = Pasienttilfredshet +
behandlingsresultat**

Indikatorer spesifikke for psykisk helsevern

- Reinnleggelser for 1. gangsinnlagte med schizofreni og bipolar stemningslidelse (= resultat)
- Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon
- Ventetid for primærbehandling
- Tilfredshet hos samarbeidspartnere
- IPPH (andel av pas med schizofrenidiagnose/ADHD)
- VUP- varighet av ubehandlet psykose ved 1. gangs episode ikke affektiv psykose (= resultat og prosess)

Internasjonalt arbeid

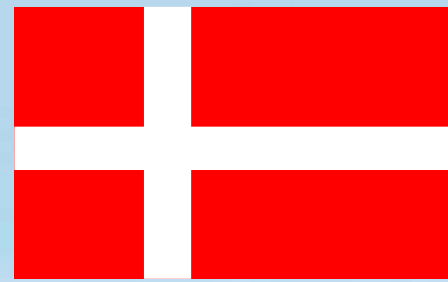
England: Mye likt Norge
Reinnleggelser

USA: Epikrisetid 2 dager (JC)

Danmark: Hvert "medisinsk spesialistområde"
valgt én diagnose.

Psykiatri: Schizofreni

www.nip.dk



Indikatorskema: Standarder, indikatorer og prognostiske faktorer vedr. skizofreni

Indikatorområde	Indikator	Type	Standard	Prognostiske faktorer
1. Udredning	Andel af incidente skizofrene, der udredes for: a. psykopatologi b. kognitiv funktion c. sociale støttebehov	Proces	a. 98% udredes for psykopatologi ved speciallæge b. Mindst 50 % udredes vedr. kognitiv funktion ved psykolog c. Mindst 80 % udredes for sociale støttebehov ved socialrådgiver	
2. Kontakt	Andel af skizofrene patienter, der er i kontakt med behandlingssystemet	Proces	Mindst 75 % af patienter (som ikke er planlagt afsluttede), er i kontakt med behandlingssystemet	
3. Psykopatologi	Andel af patienter, der får en produktiv psykose	Resultat	Mindre end 25 % af de incidente får en produktiv psykose Mindre end 50 % for de prævalente får mindst én episode med produktiv psykose	Køn, uddannelse, misbrug, varighed af ubehandlet psykose
4. Medicinsk behandling	Andel af patienter, der får antipsykotisk behandling	Proces	Mindst 90 % får antipsykotisk behandling	
5. Bivirkninger	Andel af patienter, der bliver undersøgt for bivirkninger	Proces	Mindst 90 % bliver undersøgt for bivirkninger. Mindst 50 % bliver undersøgt med skala	
6. Familie-intervention	Andel af patienter, hvor pårørende modtager tilbud om kontakt	Proces	Mindst 90 % af pårørende til incidente patienter modtager tilbud om kontakt. Mindst 50 % af pårørende til prævalente patienter modtager tilbud om kontakt	
7. Psykoedukation	Andel af patienter, der modtager psykoedukation	Proces	Mindst 90 % modtager psykoedukation i individuelle forløb. Mindst 40 % af incidente og 20 % af prævalente modtager psykoedukation i manualiserede forløb	
8. Funktions-niveau	Andel af patienter med en GAF funktionsscore på mindst 30	Resultat	Mindst 85 % har en GAF funktionsscore på mindst 30 ved udskrivning eller ved årlig vurdering	Alder, køn, uddannels, misbrug, varighed af ubehandlet psykose

Fordelen med å velge 1. gangspsykose (= en diagnosegruppe)/Schizofreni

- 1) I tråd med internasjonal utvikling. DK/C/AU/UK
(IEPA Vancouver sept/okt)
- 2) Alvorlige tilstander



Fordelen med å velge 1. gangpsykose (= en diagnosegruppe)/Schizofreni (forts.)

- 3) Dyre tilstander**
- 4) Overkommelige insidenstall/greit å måle**
- 5) Enkelt å følge i praksis. Stor diagnostisk stabilitet**

VUP (måles ved PANSS)

Reinnleggelse:

%-andel innen 1
år (diagnose/tilbakefall (relapse)
stilles bl a ved PANSS)

Remisjon: %-andel
innen 1 år (måles ved PANSS)

**1. gangs-
psykose**

Kvalitet, kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer i psykisk helsevern

Indikatornr:	Indikator relatert til: Regionalt indikatorsett	Indikator: Varighet av ubehandlet psykose (VUP) ved første episode ikke-afektiv psykose
Versjonsnr	Godkjent av:	Godkjent dato:

1 BESKRIVELSE AV INDIKATOREN

Definisjon av indikatoren

Varighet av ubehandlet psykose (VUP) ved første episode ikke-afektiv psykosen (F 20-29 ICD-10).

Begrepsavklaringer

VUP: Tiden mellom første psykotiske symptomer (basert på alle tilgjengelige informasjonskilder), og den første adekvate behandling av disse.

Adekvat behandling: Hospitalisering eller poliklinisk behandling for psykosesyndrom, der pasienten mottar antipsykotisk behandling i form av medikamenter i anbefalt antipsykotisk dosering, se nedenfor.

Psykose: Pasienten er (eller i tilfelle av kortvarige psykoser, har nylig vært) aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr atferd som ikke åpenbart kan forklares med organiske årsaker. Symptomene må ha vart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken i flere uker, ikke begrenset til noen korte øyeblikk. . Det tilsvarer at pasienten skårer minst 4 på en eller flere av de følgende PANSS- symptomene: P1 (vrang-forestillinger), P3 (hallusinatorisk atferd), P5 (storhetsideer), P6 (mistenksomhet) og A9 (uvanlig tankeinnhold).

Første episode ikke-afektiv psykose: Pasienten fyller kriteriene i ICD-10 (F 20-29, svarende til DSM-IV) for schizofreni, schizofreniform lidelse, schizoafektiv lidelse, vrangforestillingsforstyrrelse, kortvarig psykotisk forstyrrelse, affektive psykoser med stemningsinkongruente trekk eller psykotiske lidelser NOS.

Første episode/første behandling: Nåværende episode er første episode med tilstanden som blir adekvat behandlet med medikamenter. Adekvat behandling er: nevroleptisk behandling tilsvarende 133 mg Chlorpromazinekvivalenter, (10 mg perfenazin /dag, evt. 5 mg zuclepenthixol eller tilsvarende, risperidon 2mg/dag, olanzapine 8 mg/dag eller tilsvarende i ekvivalente doser, i mer enn 12 uker (eller kortere hvis pasienten går i remisjon). Pasienten skal ikke ha mottatt adekvat behandling i denne episoden eller tidligere episoder. Pasienter med en tidligere ubehandlet episode, eller ufullstendig behandlet episode, etterfulgt av residual symptomer, betraktes som første episode med en VUP fra starten av episode 1. Når pasienten har hatt en tidligere ubehandlet psykoseepisode med full remisjon, defineres VUP lik første episodes varighet pluss varighet ved aktuell episode.

Begrunnelse, referanse, evidens

Varighet av ubehandlet psykose reflekterer tidsrommet fra sykdom oppstår, til adekvat behandling gis. Lang VUP innebærer økt lidelse for pasienten, dennes familie og økt belastning for samfunnet. VUP måler tilgjengeligheten av helsetjenestene overfor befolkningen. Forsinkelser i oppstart av behandlingen vil oftest føre til dårligere langtidsforløp. En slik forsinkelse kan oppstå på flere nivåer: hos pasienten selv, familien, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten¹. Denne forsinkelsen vil oftest være korrelert med langtidsforløpet.

Indikatoren er også et mål på samspillet mellom helsetjenesteleverandørene, samt et mål i forhold til det forebyggende arbeidet helseforetakene er pålagt i avtalen.

Forventet årlig incidens vil være ca 17 per 100 000.

Type indikator

Denne indikatoren vil være både en en prosessindikator, som beskriver uønsket forsinkelse i oppstart av adekvat behandling av alvorlige psykiske lidelser, og en resultatindikator.

2 METODE FOR INNSAMLING OG BEARBEIDING AV DATA

Indikatorpopulasjon

	Inkludert populasjon	Ekkludert populasjon
Teller	Antall uker i henhold til definisjoner gitt over.	
Nevner	Antall personer i henhold til definisjoner gitt over. Data registreres ved behandlings-avslutning, og koples til endelig diagnose.	

Datakilde

Sykehusenes pasientdata. VUP etableres som egendefinert datafelt i Capsy/DIPS.

Bearbeiding / aggregering av data

Data beregnes som et forholdstall per institusjon. Det beregnes også et forholdstall for hvert helseforetak som sum av hver enkelt institusjons målinger.

Antall uker/antall personer med aktuelle diagnose:

$$VUP1+ VUP2+ VUP3+ VUPn : n = \text{måletal}$$

¹ Bazire S. Psychotropic Drug Directory 2001/2002. Quay Books 2001, 143. Edwards J, McGorry P.D. Implementing Early Intervention in Psychosis. A Guide to Establishing Early Psychosis Services. 2002 Martin Dunetz Ltd, London NW1 0AE.

3 TOLKNING, PRESENTASJON OG BRUK AV RESULTATER

Indikatoren brukes som

Styringsinformasjon og til kvalitetsforbedring.

Underliggende faktorer som kan forklare variasjon

Som prosessmål sier indikatoren mer om kvaliteten på helsetjenestetilbudet samlet, enn om spesialisthelsetjenestetilbudet alene. Foretakene er pålagt et ansvar for forebyggende tiltak, og det kanskje viktigste tiltak i så måte vil være å redusere VUP.

KVALITETSINDIKATORER

Målgrupper: brukere, klinikere, sykehusledelser, byråkrater, politikere

- a) Grunnlag for forbedringsarbeid på post-, avdelings-, sykehusnivå
- b) Grunnlag for fritt sykehusvalg
- c) Styringsinfo for helseforetakene (HF-nivå)
- d) Styringsinfo for RHF-nivå

SIKTEMÅL

- resultatbevissthet
- sammenlikne HF'ene
- sette mål og utvikle minstekrav til resultater
(= standardheving)
- forbedre indikatorsettet over tid.

Resultatindikatorer er SINE QUA NON.

**Uten resultatindikatorer blir de andre
verdiløse**

Til slutt:

**Husk at en indikator skal være en
indikator**

Synes du dette ble heftig? Fortvil ikke, her er **10 gode grunner for å slippe å bli målt på kvalitet:**

- 1) Målene er alt for unøyaktige
- 2) Det vi måler er for unøyaktig, for eksempel diagnoser, epler vs. bananer
- 3) Bare unødvendig merarbeid
- 4) Bare av interesse for byråkrater
- 5) Vi synes ikke om at noen kikker oss i kortene
- 6) Sammenligning på aktivitet er ubehagelig
- 7) Sammenligning på resultater er ubehagelig/uvant
- 8) Slike målinger blir bare brukt til å presse oss: Har vi ikke nok å gjøre?
- 9) Det går utover effektiviteten
- 10) Hva er nå egentlig kvalitet?